

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(НИУ «БелГУ»)**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК сестринского дела

**ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С
ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ В СТАЦИОНАРЕ**

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051507
Притула Анастасия Константиновна**

Научный руководитель
Преподаватель Москалёв А.С.

Рецензент
Врач-хирург ОГБУЗ «Городская
больница №2 г. Белгорода»
Сафронов А.В.

БЕЛГОРОД 2019

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ.....	5
1.1. Ожоги, этиология и патогенез заболевания.....	5
1.2. Классификация по глубине повреждения и типу повреждения	6
1.3. Ожоговая болезнь.....	12
1.4. Роль медицинской сестры в уходе за пациентами с термическими ожогами.....	17
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ В СТАЦИОНАРЕ.....	19
2.1. Организационная структура базы исследования «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа»	19
2.2. Результаты социологического исследования профессиональной деятельности медицинской сестры при уходе за пациентами с термическими ожогами.....	24
2.3. Практические рекомендации для пациентов с термическими ожогами.....	32
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	40

ВВЕДЕНИЕ

Ожоги – являются одним из самых распространённых в мире травматических поражений. Так, в РФ в 2017 год было зафиксировано 507,6 тыс. человек, с всевозможными ожогами. По численности смертельных исходов ожоги уступают лишь только травмам, приобретенным в авто трагедиях. Лечение ожогов - тяжелое и разностороннее событие: тепловые повреждения - одни из самых небезопасных, они приводят к разрушению трудных белков - клеток и тканей. Каждый год в Европе и USA в стационарном излечении нуждаются больше 200 тыс. пациентов с ожогами. За 1 год в Европейских государствах гибнут от ожогов в пределах 60 тыс. человек; между их огромную группу оформляют малыши. У многих из числа выздоравливающих, остаются обезображивающие рубцы. Лечение обожженных, в особенности детского возраста, трудоемко и долговременно. Оно требует особых познаний, оснащения, критерий и высочайшего профессионализма от мед сотрудников. Актуальность трудности ожогов ориентируется частотой их получения в обстановке и на производстве, в критериях катастроф мирного и военнго времени, сложностью патогенеза, высочайшей инвалидизацией и летальностью. Ожоговый травматизм считается необходимой врачебной и общественной задачей. За последние годы имеется подъем тяжести тепловых травм. Ожоги поражают все части тела, впрочем почаще всего огнем обжигаются раскрытые части тела - личность, руки, как правило более ближайшие к огню .

Цель дипломной работы является изучить сестринский уход за пациентами с термическими ожогами в стационаре.

Задачами дипломной работы являются:

1. Рассмотреть причины и патогенез термических поражений.
2. Изучить классификацию по глубине поражения и типу повреждения
3. Определить роль медицинской сестры в мероприятиях по уходу за пациентами с термическими ожогами

Объектом исследования является Областная клиническая больница «Святителя Иоасафа г. Белгорода»

Методы исследования:

-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме

-социологический: анкетирование

-статистический: составление диаграмм

Структура дипломной работы: дипломная работа состоит из введения двух глав собственных исследований, заключения, списка используемых источников литературы, приложение.

ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ

1.1. Ожоги, этиология и патогенез заболевания

«Ожог – это повреждение и травматизация ткани, которая может возникнуть при локальном воздействии тепла, химических веществ, электричества или радиационного воздействия. Большое количество поражений ожогами приходится на кожу человека (объем которой составляет одну шестую всего объема человеческого тела). Причинами возникновения ожогов является воздействие пламени, кипящей воды, паров, разнообразных химических веществ: кислотой, щелочью; так же медицинскими средствами, такими как йод, аммиак; воздействие электрического тока на кожу, солнечный свет, сухой лед, жидкий азот и многое другое. У ожогов выделяют несколько видов классификаций, две из которых очень распространены и наглядны. Первая классификация - по глубине поражения, вторая – по типу повреждения» [1, с. 63].

На оболочках слизистых, далее лежащих тканях, так же может образоваться ожог, который возникает в следствии поражения этой области высокой температурой, воздействием на нее электрического тока и лучевой энергии.

Причины возникновения ожогов различные, в результате чего выделяют несколько видов ожогов:

1. Термический ожог. Он возникает вследствие контакта с кожей горячего предмета, например: пара и воздуха, а также с кипящей водой. Если кожа продолжительно контактирует с этими агентами, то в результате сформируется глубокий ожог. «Чаще всего такой ожог возникает при попадании на кожу горячих вязких веществ, таких как, битум, смола, карамельная масса. Все эти вещества обладают таким свойством, они

прилипают к коже, из-за этого прогреваются ткани и возникает глубокий ожог».

2. Электрический ожог. Данный вид встречается во время работы с электрическим оборудованием, порой, при ударе молнии. При электрическом ожоге происходит поражение кожи, нарушение функций сердца, органов дыхания и других систем жизнедеятельности человека. Даже небольшой контакт с электрическим током в большинстве случаев вызывает головокружение, обморок. Более значительное поражение вызывает остановку дыхания, и, даже, клиническую смерть.

3. Химические ожоги. Такие ожоги развиваются в результате контакта с химическими агентами. Глубина таких ожогов зависит от концентрации химического реагента и времени его воздействия на ткани тела.

4. Лучевые ожоги или солнечные. К данному виду ожогов относятся поражения кожи ультрафиолетовыми лучами. Обычно это происходит на пляже или в солярии [1, с. 67].

1.2. Классификация по глубине повреждения и типу повреждения

Степень. «Поражается верхний слой ороговевшего эпителия. Проявляется покраснением кожи, небольшим отёком и болью. Через 2-4 дня происходит выздоровление. Погибший эпителий слущивается, следов поражения не остаётся. 2 степень. Повреждается ороговевший эпителий до росткового слоя. Формируются небольшие пузыри с серозным содержимым. Полностью заживают за счёт регенерации из сохранившегося росткового слоя за 1--2 недели. 3 степень. Поражаются все слои эпидермиса и дерма. 3А степень. Частично поражается дерма, дном раны служит неповреждённая часть дермы с оставшимися эпителиальными элементами. Сразу после ожога выглядит, как чёрный или коричневый струп. Могут формироваться пузыри большого размера, склонные к слиянию, с серозно-геморрагическим

содержимым. Болевая чувствительность снижена. Возможно самостоятельное восстановление поверхности кожи, если ожог не осложнится инфекцией и не произойдет вторичного углубления раны. 3 Б степень. Тотальная гибель кожи до подкожно-жировой клетчатки. 4 степень. Гибель подлежащих тканей, обугливание мышц, костей, подкожно-жировой клетчатки. Если вспомнить строение кожи, то она имеет:

- эпидермис (слющивающийся эпителий, ороговевающий эпителий);
- ростковый слой;
- базальная мембрана;
- соединительно-тканная основа;
- собственно дерма;

Далее идут подкожная жировая клетчатка, мышцы и кости. На границе дермы и подкожной жировой клетчатки располагаются волосяные луковицы, потовые и сальные железы, протоки которых проходят через всю дерму».

Разные авторы выделяют четыре степеней ожогов. Рассмотрим их далее:

I степень. «При ожогах данной степени поражается только поверхностный слой эпидермиса. Характеризуется первая степень покраснением кожи, в области ожога появляется острая боль, припухлость, возникает гиперемия, появляется воспалительная экссудация и отек тканей, которые проходят в течение 3 - 4 дней после полученной травмы».

II степень. Проявляется образованием пузырей вследствие более значительных воспалительно-экссудативных изменений в коже, приводящих к отслойке ороговевающего эпидермиса. На дне этих пузырей глубокие слои эпидермиса с характерным розовым цветом. Образование пузырей наступает сразу после ожога иногда в течение первых суток. Заживление ожогов II степени происходит путем самостоятельной эпителизации поврежденной поверхности, рубец не образуется. Заживление наступает, в среднем, через 10 - 15 дней;

III степень. «При таких ожогах наблюдается уже повреждение более глубоких слоев эпидермиса с частичным сохранением его росткового слоя и сохранением потовых, сальных желез, а так же волосяных луковиц. Ожог характеризуется образованием струпа, иногда перемежающегося с участками пузырей. В сроки до 15 - 20 дней происходит отторжение омертвевших тканей. Если ожоговая рана не осложнится гнойным процессом, то возможно самостоятельное заживление ран за счет роста эпителия из волосяных луковиц, сальных и потовых желез. Такие ожоги заживают, в среднем, в течение 4 - 6 недель, оставляя на месте раны нежные поверхностные рубцы».

IV степень. Характеризуется полным омертвением всей толщи кожи с образованием плотного некротического струпа темно-коричневого цвета. При ожогах горячими жидкостями с длительным сроком воздействия на ткани струп бывает первоначально бледный, белесоватого или серого цвета, тестоватой консистенции, затем становится плотным, темно-коричневого цвета. После самостоятельного отторжения струпа (через 4 - 6 недель) обнажается гранулирующая поверхность, которая очень медленно заживает путем рубцевания;

«При ожогах IV степени наступает омертвление не только кожи, но и подлежащих тканей (сухожилий, мышц, костей), вплоть до обугливания отдельных частей тела. Плотный струп темно-коричневого и черного цвета с четким сосудистым рисунком (возникающим в результате тромбоза вен) распространяется на большую глубину и отторгается, как и при ожогах III степени, очень медленно - в течение 4 - 8 недель. «При этом возникают значительные дефекты тканей с образованием глубоких ожоговых ран, которые приводят к различным гнойно-воспалительным осложнениям. Самостоятельное заживление обширных гранулирующих раневых поверхностей, как правило, невозможно из-за гибели всех эпителиальных элементов кожи и присоединившейся инфекции. Только оперативное вмешательство с выполнением различных видов дермопластики может привести к закрытию глубоких ожоговых ран». [6, с. 43].

По глубине все ожоги разделяют на две большие группы:

1) поверхностные ожоги первой и второй степени, способные к самостоятельному заживлению ран;

2) глубокие ожоги третьей и четвертой степени, требующие немедленного оперативного восстановления целостности кожных покровов.

Разделение ожогов на выше перечисленные группы имеет большое значение для медицинской службы и войск ФПС. «Пораженные с поверхностными ожогами, с учетом кратковременности их лечения и при хорошем прогнозе, составляют резерв для восполнения людских ресурсов в войсках, и поэтому их не следует эвакуировать за пределы РУ. Они должны проходить лечение в условиях ОВГ РУ. Пораженные с глубокими обширными ожогами требуют длительного специализированного лечения, и прогноз у них неблагоприятен, а поэтому при возможности они должны направляться на этап специализированной хирургической помощи (ГКВГ) или в специализированные лечебные учреждения гражданского здравоохранения».

«Если диагностика ожогов первой и второй степени не представляет особой сложности, то распознавание ожогов третьей и четвертой степени, особенно в ранние сроки, порой очень затруднительно. Точное определение глубины омертвления очень важно и может быть сделано только после формирования струпа, отторжения некротических тканей, т.е. спустя 3-6 недель после ожога. Если после отторжения струпа возникает сплошная гранулирующая рана - это ожог III Б - степени, а если на ране остается белесоватая сетка росткового слоя дермы - это ожог III А - степени».

При определении глубины ожога врачи учитывают:

1. Данные анамнеза о физических свойствах термического агента и длительности его воздействия на ткани организма.

2. Данные внешнего вида ожоговой поверхности.

Определяя глубину ожогового повреждения на передовых этапах медицинской эвакуации, учитывают, что глубина ожога зависит не только от

его локализации, но также пола и возраста пострадавшего. На участках с тонкой кожей, это тыльные поверхности кистей и стопы, внутренние и сгибательные поверхности конечностей, особенно у детей, женщин и лиц пожилого возраста. Вероятность поражения на всю глубину кожи при прочих равных условиях намного выше, чем на участках с более толстым кожным покровом (волосистая часть головы, спина, ягодицы, ладонные и подошвенные поверхности).

Так же важным является внимательный осмотр поврежденной поверхности. Симптомы, используемые для определения глубины поражения, разделяют на 3 группы:

- 1) внешние признаки омертвления тканей;
- 2) признаки нарушения кровообращения;
- 3) состояние болевой чувствительности.

Для ожогов I-II степени характерны различные сочетания гиперемии кожи и пузырей наполненных светлым содержимым. Участки гиперемии, бледнеющие при надавливании, свидетельствуют о сохранившемся кровообращении. Гораздо сложнее ранняя дифференциальная диагностика ожогов IIIA степени и более глубоких поражений. Пораженная интенсивным термическим воздействием кожа - сухая, желто-бурого цвета, пергаментной плотности. Эпидермис обычно имеет вид легко снимающейся тонкой пленки. Достоверным признаком глубокого ожога является наличие тромбированных вен под некротическим струпом.

«Сухой коагуляционный некроз в чистом виде бывает лишь при действии расплавленного металла или длительном контакте с раскаленными предметами. Обычно по соседству имеются участки кожи, где действие тепла было менее продолжительным или температура действовавшего агента - менее высокой. На этих участках отмечаются выраженные эксудативные явления, образуются пузыри. Если их целостность нарушена, отслоившийся эпидермис свисает в виде лоскутов. Достоверным признаком глубокого поражения на пальцах является отделение ногтей с обнажением ярко-

розового ногтевого ложа. Крупные пузыри у детей свидетельствуют о возможном поражении всей толщи кожи. После отделения отслоенного эпидермиса можно более точно определить состояние ожоговой раны. Участки некроза - мертвеннобледного цвета, иногда с желтоватым и темным оттенком. В окружности их кожа резко гиперемизирована, четкой границы между гиперемией и участками побеления нет. Различные, в зависимости от особенностей травмы, сочетания сухого и влажного некроза - типичны для глубоких ожогов. Макроскопические признаки некроза отсутствуют в первые дни при изредка наблюдаемых дистанционных ожогах от теплового излучения».

«Даже при наличии явно глубокого омертвления кожи выявить ожоги IV степени в ранние сроки можно лишь в относительно редких случаях при обугливание тканей, когда толстый струп разрывается во многих местах, обнажаются измененные мышцы, сухожилия, иногда даже кости. В остальных случаях ранняя дифференциальная диагностика ожогов ШБ и IV степени может быть только предположительной, на основании оценки обстоятельств травмы. Поражения IV степени возможны лишь при длительном воздействии тепла, что чаще всего связано с бессознательным состоянием пострадавшего, реже - с какими либо особыми обстоятельствами травмы (например, сдавление кисти горячим прессом». [19, с. 45].

В дальнейшем участки с макроскопически определяемым некрозом и стазом превращаются в микроскопический струп. Поскольку отчетливо выраженный стаз развивается лишь к концу первых суток после ожога, проба надавливанием становится информативной лишь по истечении этого срока.

«Для раннего выявления глубины ожогового поражения в 1944 году английскими авторами была предложена окраска тканей по Ван-Гизону. На участки ожога наносят 0,2% р-р кислого фуксина в полунасыщенном 1% р-ре пикриновой кислоты. Неповрежденная кожа и участки ожога I-II степени окрашиваются в ярко-розовый цвет, приобретающий желтовато-розовый оттенок при поражениях IIIA степени. Участки глубокого поражения

окрашиваются в ярко-розовый цвет. Эти же авторы рекомендовали гистологическое исследование отслоенного эпидермиса. Если он отделен полностью, включая и ростковый слой, значит в той или иной мере поражены и глубже лежащие слои кожи. Существует также и гистологическая диагностика глубины поражения не ранее конца 2-й недели, когда по состоянию эпителия можно сделать вывод о возможности самостоятельного заживления ожога» [11, с. 53].

Некоторое распространение получило прижизненное окрашивание пораженных тканей красителями, вводимыми внутривенно: дисульфановым синим, синькой Эванса. В клинике термических поражений изучалась возможность использования краски "демифен голубой".

Нарушения кровообращения и связанные с этим изменения обменных процессов в коже сопровождаются понижением ее температуры, что позволяет дифференцировать ожоги IIIА и IIIБ степени. Температура кожи на участках ожога IIIБ степени, как правило, на 1,5-2,5 °С ниже температуры участков ожога IIIА степени [2, с. 78].

1.3. Ожоговая болезнь

Ожоговая болезнь – это данное болезненное положение, развивающееся ровно как результат глубоких и основательных ожогов, сопровождаемое специфическими нарушениями функций основной нервной концепции меновых действий, деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, эндокринными расстройствами и т. д. Неглубокие ожоги, равно как принцип, никак не стимулируют формирования ожогового заболевания. В патогенезе ожоговой заболевания акцентируют 3 категории элементов, характеризующих её появление и формирование: влияние наиболее теплового агента; воздействие раневого (воспалительного) хода; второстепенные расстройства работы многофункциональных концепций организма. Серьезность ожоговой заболевания находится в зависимости

основным способом с участка основательных ожогов. В ходе формирования ожоговой заболевания акцентируют 4 ключевых этапа (периода) её движения: ожоговый шок, острая ожоговая токсемия, септикотоксемия, выздоровление (реконвалесценция). Необходимо выделить, то что зачастую около воздействием оперативного результативного излечения промежутков излечения начинается избегая стадию ожоговой септикотоксемии» [6, с. 107].

«Ожоговая болезнь – нарушения функции органов и систем, возникшие вследствие обширного и/или глубокого ожогового поражения. С учетом клинических наблюдений в травматологии принято считать, что ожоговая болезнь развивается при глубоком поражении (IV и IIIБ степени) площадью 8-10% тела и при поверхностном ожоге (I – IIIА степени) площадью 15-20%. По другим данным причиной возникновения ожоговой болезни у взрослых являются глубокие ожоги свыше 15% тела, у пожилых людей и детей – свыше 10% тела; при поверхностных ожогах ожоговая болезнь возникает в случае поражения 20 и более процентов тела. Лечение ожоговой болезни занимаются травматологи, реаниматологи и комбустиологи» [5, с. 45].

Патогенез ожоговой болезни: неожиданное формирование широкого источника некроза и развитие существенного массива материалов, пребывающих в фазе паранекроза, делается фактором выброса в кровь значительного числа токсинов и компонентов распадающихся клеток. В крови стремительно возрастает уровень простагландинов, серотонина, гистамина, натрия, калия и протеолитических ферментов. Это приводит к легкой проницаемости капилляров. Плазма покидает сосудистое русло, накапливается в тканях, в результате ОЦК значительно снижается. В ответ организм выделяет гормоны в кровоток, которые вызывают сужение сосудов - норадреналин, адреналин и катехоламины.

Запускается система централизации кровообращения. Периферические отделы туловища, а далее и внутренние аппараты приступают мучиться с нехватки кровоснабжения, то что приводит к формированию гиповолемического шока. Наравне с данным прослеживается

концентрирование месячные и расстройства водно-солевого обмена. Все без исключения упомянутое приводит к патологиям функционирования разных органов. Развивается олигоанурия. В дальнейшем болезненные перемены усложняются из-за истощения иммунной и эндокринной концепции, а кроме того токсического воздействия товаров разрушения материалов в внутренние аппараты. В сердце и печени появляются дегенерационные перемены, в желудочно-кишечном тракте возникают язвы, вероятен паралич кишечного тракта, эмболии и тромбозы брюшных кровеносных сосудов, в легких обнаруживаются пневмонии.

«Первый период ожоговой болезни – ожоговый шок. Способен отслеживаться в течение трех дней. В первоначальное время больной возбужден, суматошен, предрасположен к недооценке собственного здоровья. В дальнейшем на смену возбуждению наступает слабость и медлительность. Вероятны запутанность рассудка, рвота, головная боль, желтуха, бешеная тошнота и паралич кишечного тракта. Замечается возрастание гемодинамических патологий и формирование гиповолемии. Пациент бледный, биение пульса убыстрено, давление снижено, в некоторых случаях – в норме, но, стандартное давление в ряде ситуаций считается прогностически негативным показателем» [23, с. 105].

«В первом периоде ожоговой болезни начинается развивается олигурия, если ситуация утяжеляется, то добавляется – анурия. Моча коричневая, темно-вишневая или черная. Характерным признаком данного периода являются расстройства терморегуляции, при этом возможны как повышение, так и понижение температуры, сопровождаемые мышечной дрожью и ознобами. В анализах крови обнаруживается лейкоцитоз, гиперкалиемия и гипопротейнемия, повышение гематокрита и гемоглобина вследствие сгущения крови. В общем анализе мочи выявляется белок, относительная плотность мочи повышена».

Второй период ожоговой болезни – острая ожоговая токсемия. Наступает в 3 день, длится с 3 вплоть до пятнадцати дней. Определена

возвращением воды в венное направление, а кроме того всасыванием токсинов, прибывающих с некротизированных материалов. Сопутствуется нагноением ожогов и возрастающей интоксикацией. Свойственны раздражительно-психологические патологии: асомния, галлюцинации, моторное побуждение и компоненты абсурда. У многочисленных больных появляются судороги. Допустимо формирование токсического миокардита, сопровождаемого уменьшением давления, нарушениями ритма, расширением пределов сердца, глухостью душевных тонов и тахикардией.

«Со стороны пищеварительной системы наблюдается метеоризм и боли в животе. У некоторых больных развивается токсический гепатит или динамическая кишечная непроходимость, вероятно возникновение острых язв желудка и кишечника. Нарушения со стороны дыхательной системы выражаются в пневмониях, экссудативных плевритах и ателектазах. Возможен отек легких. В анализах крови пациентов выявляется нарастающая анемия и лейкоцитоз со сдвигом влево. В анализах мочи определяется протеинурия, микро- и макрогематурия. Плотность мочи уменьшена» [14, с. 134].

Третий и четвертый периоды ожоговой болезни – септикотоксемия и реконвалесценция

Продолжается 3-5 недель. Причиной развития являются инфекционные осложнения, которые возникают после отторжения струпа и обычно вызываются стафилококком, кишечной палочкой или синегнойной палочкой. Характерна продолжительная интермиттирующая лихорадка. На ожоговых поверхностях – большое количество гноя и атрофичные вялые грануляции. Пациенты истощены, выявляется мышечная атрофия, нередко возникают контрактуры суставов. На этой стадии ожоговой болезни часто развиваются септические осложнения, заканчивающиеся летальным исходом. Со стороны почек наблюдается полиурия. По анализам мочи и крови – гипербилирубинемия, гипопропротеинемия, стойкая протеинурия.

«В случае благополучного заживления ожоговых ран наступает следующая стадия ожоговой болезни – восстановление функций всех органов и систем. Продолжительность – 3-4 месяца. Отмечается улучшение общего состояния, нормализация температуры, увеличение массы тела и восстановление белкового обмена. Возможна тугоподвижность суставов, иногда наблюдаются поздние осложнения со стороны пищеварительной системы, легких и сердца: нарушение функций печени, токсический отек легких, пневмония, токсический миокардит» [20, с. 409].

Диагностика и лечение ожоговой болезни

Диагноз выставляется на основании глубины и площади ожогов, общего состояния пациента, гемодинамических показателей, лабораторных данных, а также оценки функции различных органов и систем. Больным назначают анализ мочи, общий и биохимический анализ крови, при необходимости проводят консультации различных специалистов: кардиолога, пульмонолога, гастроэнтеролога и т. д.

При подозрении на патологические изменения со стороны легких выполняют рентгенографию грудной клетки, при подозрении на миокардит – ЭКГ, ЭхоКГ и МРТ сердца, при подозрении на нарушение функции органов пищеварительного тракта – контрастную рентгенографию, гастроскопию, и анализ кала на скрытую кровь.

«Тактика лечения ожоговой болезни определяется периодом данного патологического состояния и выявленными изменениями со стороны различных органов. На этапе первой помощи пациенту дают обильное питье, осуществляют обезболивание, внутривенно вводят кровезаменители и электролитные растворы. При возможности проводят оксигенотерапию или дают наркоз закисью азота. Транспортировка в специализированное мед. учреждение возможна после стабилизации состояния пациента».

«При поступлении в стационар больному продолжают давать обильное питье. С целью обезболивания выполняют новокаиновые блокады, назначают ненаркотические и наркотические анальгетики. Для восполнения дефицита

ОЦК, производят массивные инфузии плазмы, плазмозамещающих жидкостей, кристаллических и коллоидных растворов. При необходимости проводят переливания цельной крови. Так же вводятся препараты следующих групп, это: сердечные гликозиды, глюкокортикоиды, антикоагулянты, и препараты - аскорбиновая кислота и кокарбоксилаза. Проводят кислородотерапию. Раны бинтуют с применением антисептических средств» [22, с. 155].

1.4. Роль медицинской сестры в уходе за пациентами с термическими ожогами

Метод, который является одним из основных методов комплексной патогенетической терапии больных с ожогами – это инфузионно-трансфузионная терапия.

У медсестры ожогового отделения кроме отличных профессиональных навыков должны присутствовать крепкие знания теории. В эти знания входит: хорошее понимание механизма действия различных медицинских препаратов, знание и умения подсчитывать их дозировку, пути введения лекарственных средств, с какой скоростью они должны вводиться, и конечно же побочные действия, которые могут возникнуть у пострадавшего после введения лекарства.

Медицинская сестра должна уметь:

1. Владеть ловкой техникой введения различных инъекций (внутривенных, внутримышечных, подкожных), так же пункционной катетеризацией периферических вен любой их положении и местонахождении, так как использовать локтевые вены очень проблематично часто невозможно.

2. Знание правил введения в организм различных объемов жидкости, чаще всего больших объемов (иногда до шести или десяти литров в сутки при ожоговом шоке).

3. Точное и правильное определение групп крови, а также и ризус-фактора, когда срочно поступает больной в отделение или перед проведением трансфузии; провести биологическую пробу и пробу на совместимость, все это в присутствии врача.

4. Владеть принципами дезинтоксикационной терапии: осуществление форсированного диуреза (внедрение больших объемов жидкости с синхронным внедрением диуретических веществ).

5. Знать сопоставимость фармацевтических веществ, темп введения в организм, так как инфузионные растворы для больных с ожогами зачастую включают ряд фармацевтических препаратов.

6. Знать принципы бактерицидной терапии во время септикотоксемии ожогового заболевания. Иновационные бактерицидные препараты (перфлоркс, тиенам) вводят внутривенно в увеличенных количествах. Их нельзя совмещать с витаминами, солями кальция, антибиотиками, эуфиллином.

Ожоговые повреждения наносят крупные мучения пациенту, в особенности присутствия глубоких ожогов. У данных больных проявлены физиологические лимитирования, то что потребует надлежащей сестринской стратегии: бережливое переключивание в каталку с целью транспортировки, осуществление санитарного обрабатывания, закрепление больного с целью предоставления определенного положения, которое назначил доктор пациенту в кровати, для облегчения состояния. Присутствие ожоговой травмы изменяет и психологическое положение больного в худшую сторону: возникает враждебность, агрессия, ухудшается понимание условий.

По этой причине сестринская поддержка ожоговым пациентам обязана являться медицински компетентна, ориентирована, в первую очередь на обнаружение трудностей больного и их решение и устранение. Важными орудиями у медсестры считаются добросовестный присмотр, внимательное наблюдение и уход за больным, мастерское обладание манипуляциями и исполнение процедур, для улучшения состояния больного.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ В СТАЦИОНАРЕ

Сестринское дело является важной частью системы здравоохранения. В настоящее время медицинские сестры составляют самую многочисленную категорию работников здравоохранения. Изучение организации сестринского ухода является актуальным направлением. Анализ организации сестринского ухода за пациентами с термическими ожогами в стационаре проводился на примере ожогового отделения ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

2.1. Организационная структура базы исследования «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Медицина - это особая отрасль, требующая не только знаний и опыта, но и широты клинического мышления, интуиции, умения сопереживать больному.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа на сегодняшний день, является самым современно оснащенным и высокоспециализированным лечебно-профилактическим медицинским учреждением в Белгородской области. Благодаря бурному развитию медицинской науки внедрены и внедряются современные медицинские технологии, ведущие к постоянному совершенствованию диагностики и лечения. Ежедневно в стенах областной больницы оказывается качественная медицинская помощь, не только жителям области, но и городскому населению. В областной больнице трудятся высококвалифицированные специалисты, среди которых 34 докторов и 145 кандидатов медицинских наук, а так же свыше 1600 медицинских работников со средним специальным образованием. Сотрудники больницы постоянно совершенствуют свои профессиональные навыки, знания и умения.

Основана Белгородская областная клиническая больница в 1954 на базе городской больницы, тогда учреждение имело в своем составе всего 250 коек, 75 врачей и 125 медицинских сестер. Сейчас же областная клиническая больница ведущее многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, которое имеет в своем составе: многопрофильную консультативную поликлинику на 600 посещений в смену, специализированные отделения, консультативно-диагностический центр, ЦСО, перинатальный центр и центр планирования семьи, отделение санитарной авиации, столовая и библиотека для сотрудников. В скором будущем распахнутся двери кардиохирургического центра.

Для пациентов и сотрудников на территории больницы была построена церковь Матроны Московской.

В мае 2004 года больница отметила свой золотой юбилей, демонстрируя высокий профессионализм; умение дарить пациентам внимание и доброту, решать ответственные задачи по укреплению здоровья населения. Путь, который прошла за полвека Белгородская областная клиническая больница, не может не удивлять и не восхищать.

В 2005 году коллективу больницы за внедрение уникальных методов диагностики и лечения вручен Диплом лауреата юбилейной акции «50-летию области – 50 славных дел», в 2006 г и 2007г за наивысшие достижения в развитии экономики и социальной сферы Государственное учреждение здравоохранения «Белгородская областная клиническая больница» занесена на областную доску почета.

С 2006 года областная клиническая больница была переименована в ГУЗ «Белгородская клиническая больница Святителя Иоасафа».

В учреждении оказывается экстренная и плановая медицинская помощь, успешно проводятся пластические, косметические и корректирующие операции, в перинатальном центре проводятся операции по экстракорпоральному и искусственному оплодотворению, кардиохирургами областной клинической больницы успешно проводятся операции на сердце.

Работать быстро и слаженно медицинским работникам помогает современная диагностическая аппаратура, наличие которой позволяет в короткие сроки поставить диагноз.

За высокий профессионализм и добросовестный труд 20 сотрудников удостоены высокой должности «Заслуженный врач России», 32 награждены отраслевым знаком «Отличник здравоохранения», 709 работников имеют высшую и первую квалификационные категории.

В составе больницы работают:

- 22 специализированных отделения на 960 коек;
- консультативная поликлиника на 600 посещений в смену;
- перинатальный центр на 485 коек с консультативно-диагностическим центром на 150 посещений;
- диагностический центр;
- параклинические отделения;
- отделение санитарной авиации;
- прочие структурные подразделения и вспомогательные службы.

На базе больницы располагаются шесть кафедр медицинского факультета и Института последипломного медицинского образования БелГУ.

На базе Белгородской областной больницы, Белгород, предоставляются как бесплатные, в рамках программы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий, так и платные медицинские услуги. В рамках платных медицинских услуг можно получить консультации специалистов, лабораторные, диагностические, лечебные и прочие виды услуг.

Белгородская областная больница оснащена современным лечебным и диагностическим медицинским оборудованием. В учреждении постоянно внедряются достижения современной науки и техники, профилактические методики. Обслуживание ведут высококвалифицированные специалисты. На базе учреждения созданы все условия для оказания различных видов медицинской, организационно методической и консультативной помощи.

«В структуре Белгородской областной больницы, в комплексе, присутствует поликлиника, многопрофильный стационар и другие подразделения. Диагностическую и параклиническую службу представляют клиничко-диагностическая (общеклиническая и биохимическая) лаборатория, отделение ультразвуковой диагностики, отделение функциональной диагностики, кабинет рентгенографии и другие структурные подразделения».

По данным самой больницы: «В ожоговом отделении работают 6 врачей, четверо из которых имеют высшую и два врача первую категории, 21 медицинская сестра, 7 человек младшего медицинского персонала.

Отделение развернуто 30 койками, 7 из которых предназначены для детей. достаточно укомплектовано штатом врачей, медсестер и санитарок. Имеется необходимый инструментарий и оборудование для осуществления лечебного процесса на достаточно высоком уровне.

Одной из важных проблем современной комбустиологии является активное хирургическое лечение больных с глубокими ожогами. В основе его лежит принцип восстановления утраченного кожного покрова в сроки, когда еще сохранены регенераторные способности организма и не развились опасные для жизни осложнения ожоговой болезни, такие как: дистрофические изменения, возникающие быстрее, чем удается осуществить пластическое закрытие больших площадей способствующие развитию гнойно-септических осложнений и ожогового истощения.

С целью интенсификации лечебного процесса, в ожоговом отделении ОКБ внедрен метод ранней некрэктомии с одномоментной пластикой местными тканями при ограниченных глубоких поражениях и одномоментной или отсроченной аутодермопластикой расщепленными лоскутами при обширных поражениях кожных покровов.

Внедрены и широко используются различные методы экономных видов кожной пластики, иногда в сочетании с применением культур аллогенных диплоидных фибробластов, супернатанта эмбриональных и взрослых фибробластов, что позволило значительно уменьшить количество

осложнений ожоговой болезни у тяжелых больных, а также сократить сроки их лечения.

Ожоговое отделение выполняет следующие задачи:

- оказание экстренной и плановой специализированной стационарной помощи больным с термическими поражениями и их последствиями;
- проведение реконструктивно — восстановительных операций больным с последствиями ожогов и реабилитацию больных после тяжелых термических травм;
- обеспечение срочной и плановой консультативной помощи при лечении больных с термическими поражениями и их последствиями;
- повышение квалификации врачей ЛПУ области по актуальным вопросам термической травмы;
- активное внедрение современных методов лечения обожженных в практику ЛПУ области;
- изучение причин термических поражений населения области и разработка предложений по их профилактике;
- методическое руководство по организации и качеству оказания медицинской помощи больным с термической травмой в ЛПУ области.

Врачами отделения поддерживается постоянный контакт с ведущими отечественными и зарубежными медицинскими центрами, ведется научная работа.

С 2000 года в отделении выполняются пластические и эстетические операции:

- на лице (круговая и частичная подтяжка лица, блефаропластика, коррекция формы ушных раковин и др.);
- на молочных железах (эндопротезирование, мастопексия, редукционная маммопластика, пластика сосково-ареолярного комплекса и др.);
- на туловище (абдоминопластика, пластика пупка и др.)

Специалисты отделения оказывают консультативную и лечебно-диагностическую помощь, в том числе и выездную, пациентам городских и районных больниц Белгородской области. Отделение также готово принять больных из других регионов России»».

2.2. Результаты социологического исследования профессиональной деятельности медицинской сестры при уходе за пациентами с термическими ожогами

На первом этапе исследования была разработана анкета, которая представлена в приложении. В анкетировании приняли участие 30 пациентов ожогового отделения ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа» расположенная по адресу город Белгород улица Некрасова 8/9. Структура лечебного учреждения описана выше.

Перед анкетированием все пациенты были информированы о целях и правилах заполнения анкет. Далее анкеты были обработаны и получены следующие результаты.

В исследовании особенный интерес был проявлен удовлетворенностью пациентов качеством и полно мерностью оказываемой помощи средним медицинским персоналом.

В ходе исследования было выявлено, что большая часть пациентов стационара это женщины – 19 человек, что составляет 63 % и 11 пациентов мужского пола, 27 % соответственно (рис. 1).

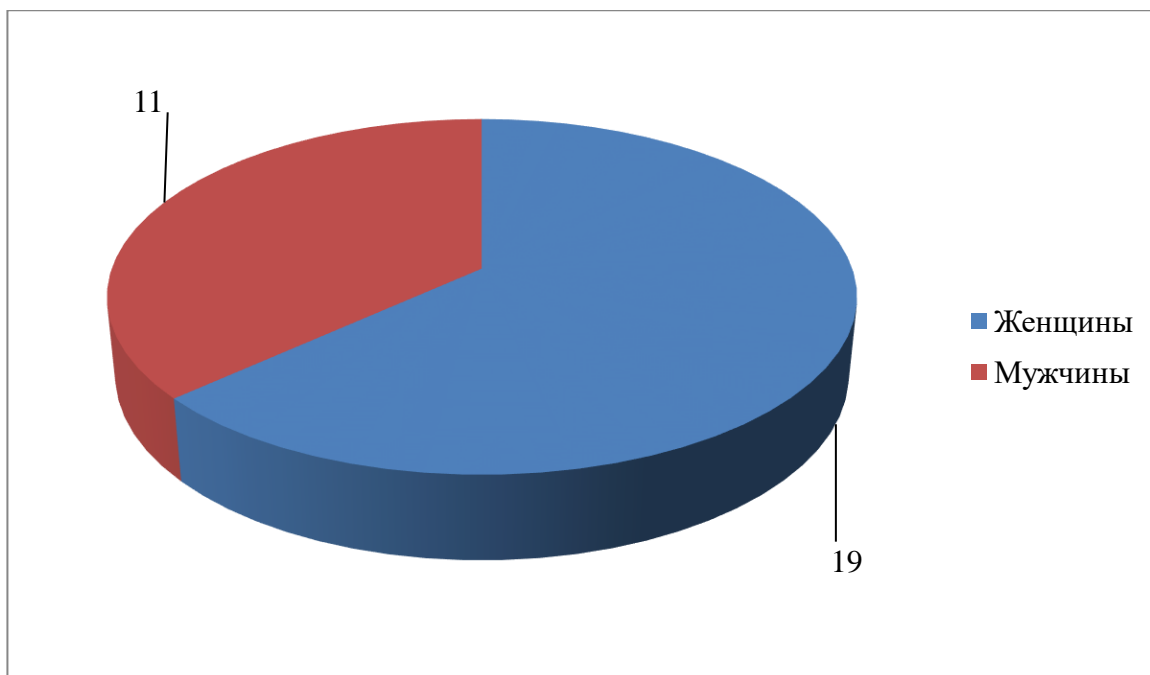


Рис.1. Распределение респондентов по полу, чел

Далее по возрасту респонденты распределились следующим образом: до 18 лет - 16 %, 18-30 лет – 27%; 31-45 лет – 37% пациентов; 46-60 лет – 13%; больше 60 лет – 2% анкетированных (рис. 2).

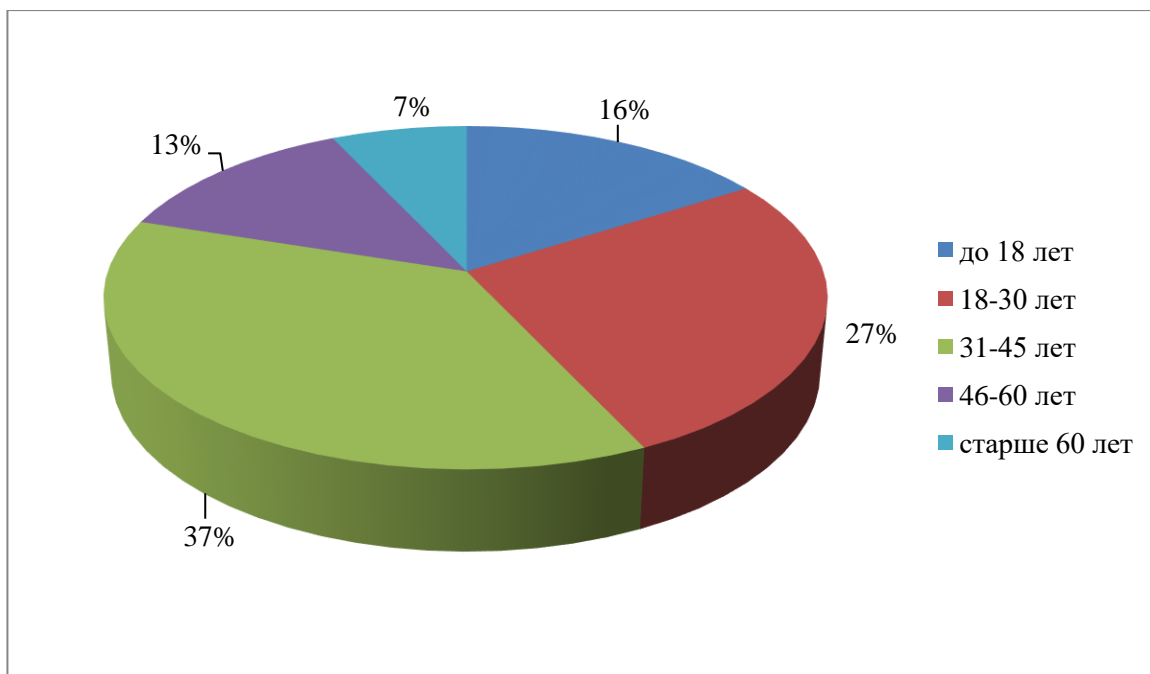


Рис.2. Сегментация респондентов по возрасту, %

Было выявлено, что 62 % пациентов ожогового отделения областной клинической больницы это жители сельской местности и 38 % жители города.

По результатам анкетирования 12 респондентов имеют среднее образование – 40%, 11 пациентов (37%) – высшее, неполное среднее образование имеют 5 человек – 17%, и 1 пациент – неполное высшее – 6% (рис.3).

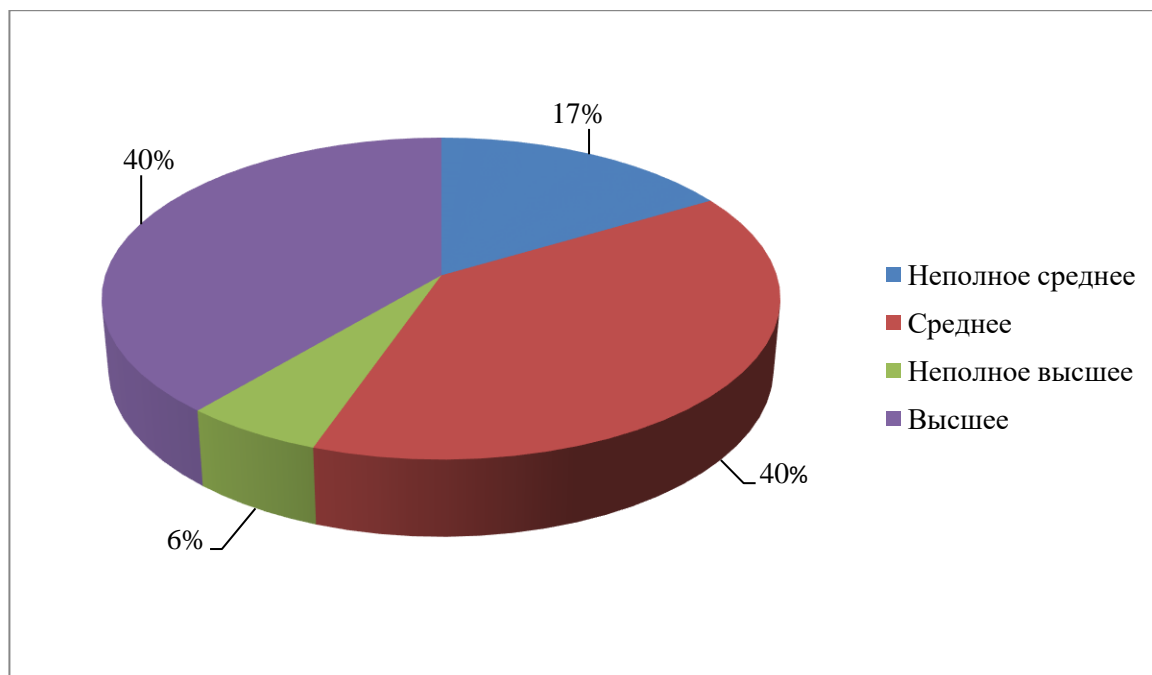


Рис. 3 Сегментация респондентов по уровню образования, %

По социальному положению респонденты распределились следующим образом и относятся к следующим группам: служащий – 33%, рабочий – 20%, учащийся – 23%, безработный – 17% и пенсионер – 7% (рис. 4).

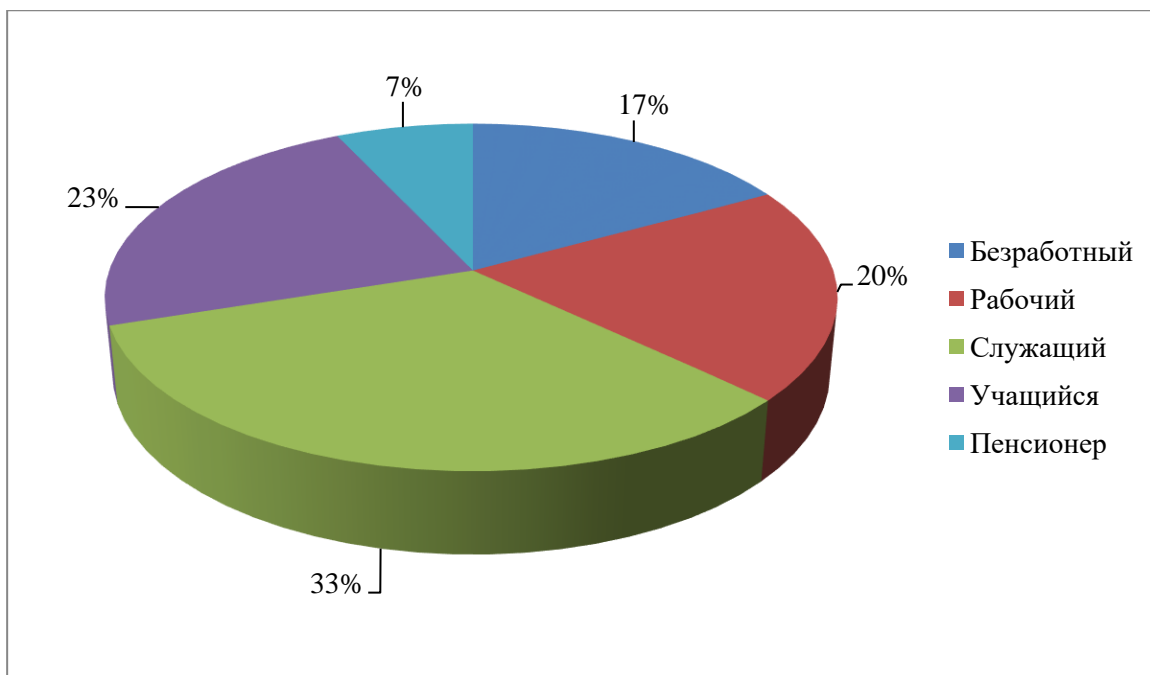


Рис. 4 Градация респондентов по социальному уровню, %

На следующем этапе выявлено, что 17 пациентов находятся на стационарном лечении до 10 дней – 57%, 12 пациентов от 10 до 21 дня, что составляет 40% и 1 пациент 21 дня – 3% (рис. 5).

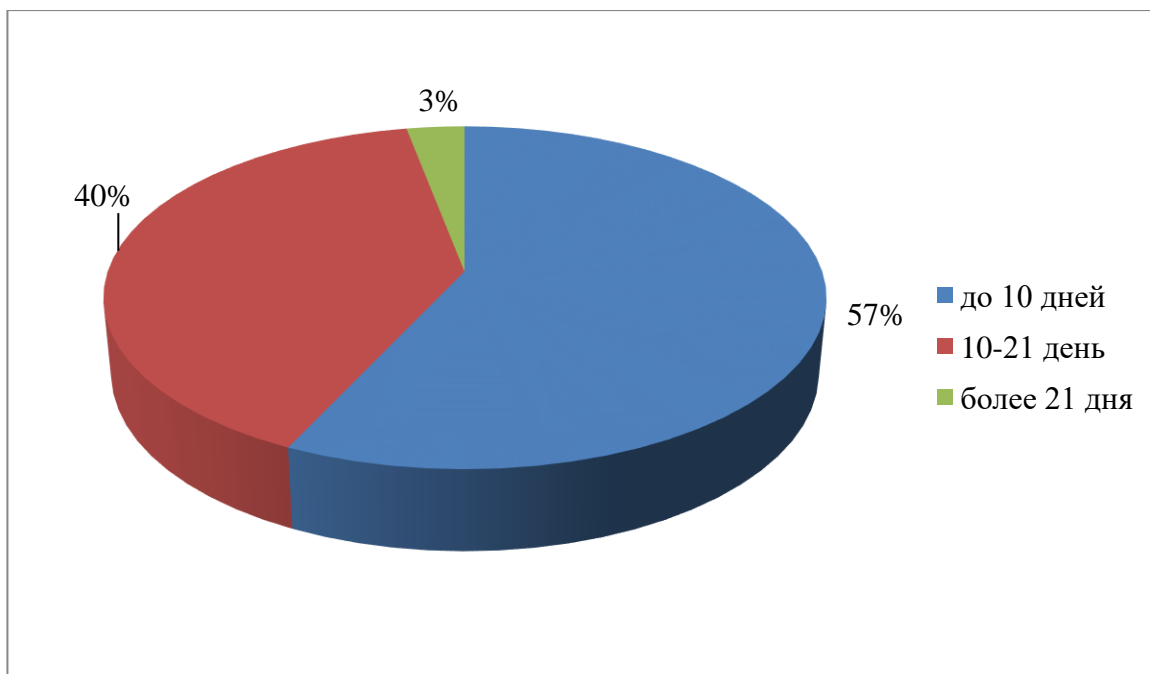


Рис. 5 Сегментация по длительности лечения в стационаре, %

Далее было выявлено, что большинство пациентов 87% удовлетворены численностью пациентов в палате и, по мнению 23% респондентов количество человек в палате могло быть меньше.

97 % пациентов считают, что отделение оснащено средствами транспортировки пациентов в достаточном количестве.

По субъективному мнению 93 % респондентов отделение оснащено предметами ухода за пациентами в достаточном количестве.

При выявлении степени удовлетворенности качеством оказываемой сестринской помощи, были получены следующие 84 % удовлетворены, 6 % не удовлетворены и 10 % затруднились в ответе (рис. 6)

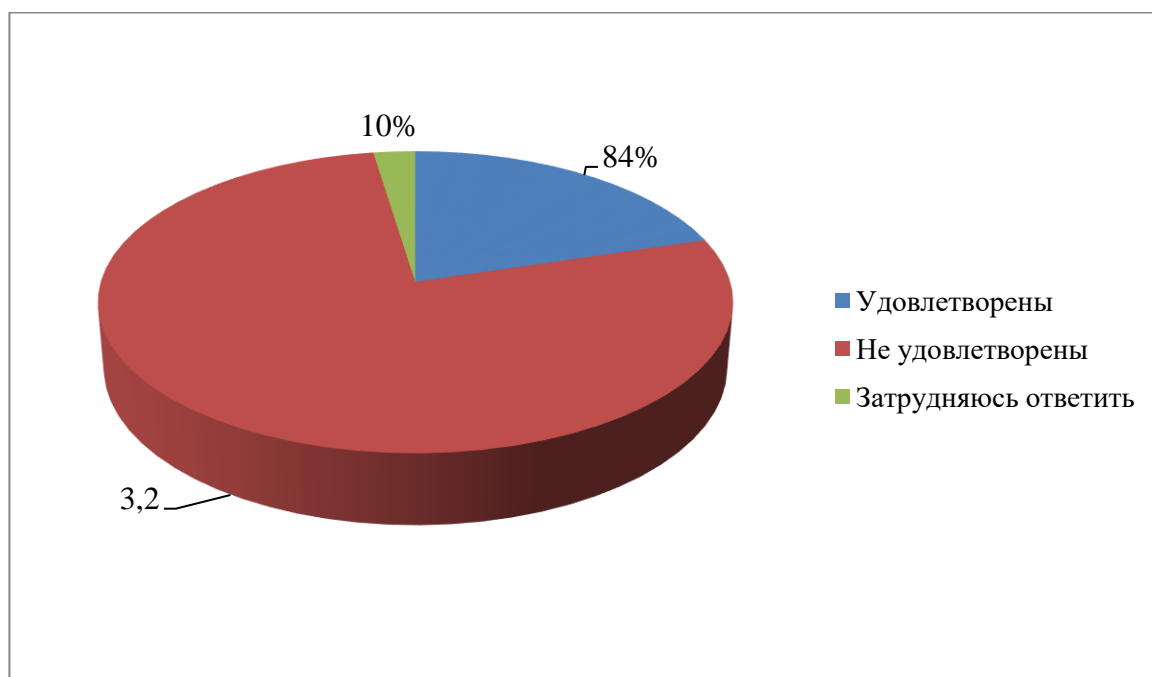


Рис. 6 - Удовлетворенности качеством оказываемой сестринской помощи, %

Затем было выявлено, что 87% про анкетированных пациентов удовлетворены внешним видом работающих с нами медицинских сестер и у 13 % есть замечания по внешнему виду.

Далее был выявлен уровень знакомства с пациентами с сестринским персоналом, оказывающим им помощь. 60 % пациентов знают имя и отчество палатной медицинской сестры, 23 % респондентов известно только

имя, 13 % осведомлены больше и знают ли фамилию, имя, отчество палатной сестры и лишь одного пациента не интересует данная информация – 4% (рис. 7)

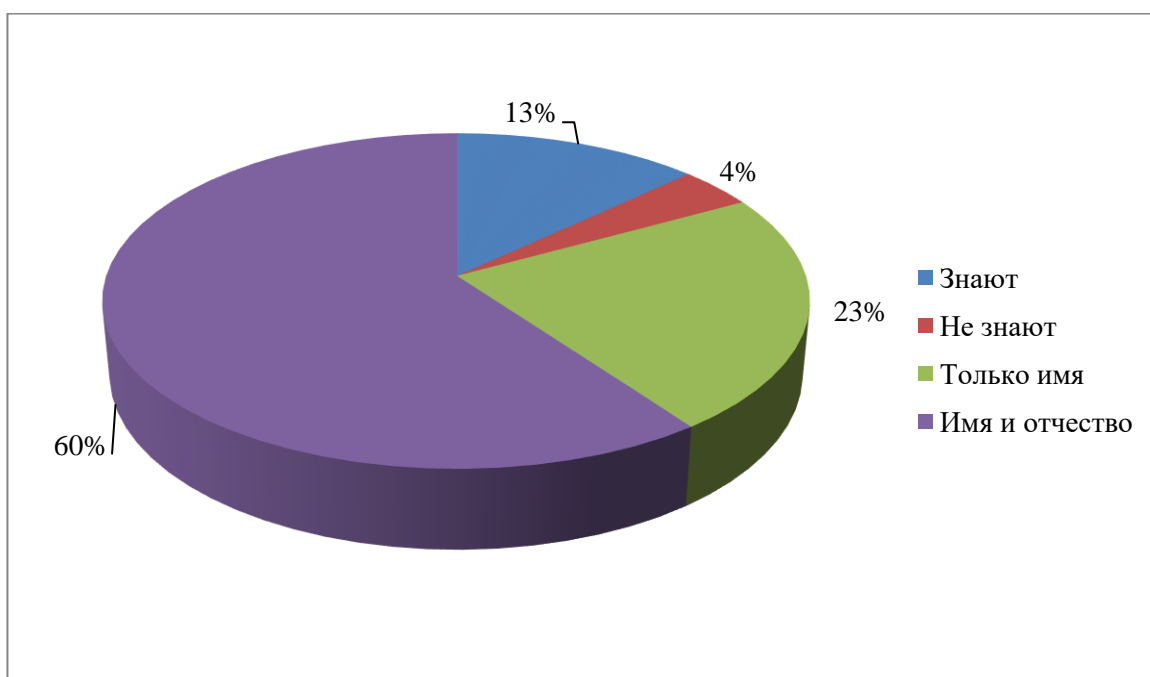


Рис. 7 Уровень осведомленности пациентов о ФИО палатной сестры, %

Всеми респондентами было отмечено, что медицинским сестрам необходимо носить нагрудные бейджи с указанием фамилии, имени и отчества.

На следующем этапе выяснено, что 64 % пациентов без труда удалось получить информацию о состоянии своего здоровья у палатной медицинской сестры.

Так же большинство пациентов (90%) считают, что медицинская сестра должна объяснять назначения врача, и какую манипуляцию она собирается делать.

Но, к сожалению лишь в 67 % случаев медицинская сестра информировала о назначении врача пациентов стационара.

По субъективному мнению 94 % анкетированных медицинская сестра своевременно обрабатывала ожоги. 6 % хотелось бы по чаще (рис.8)

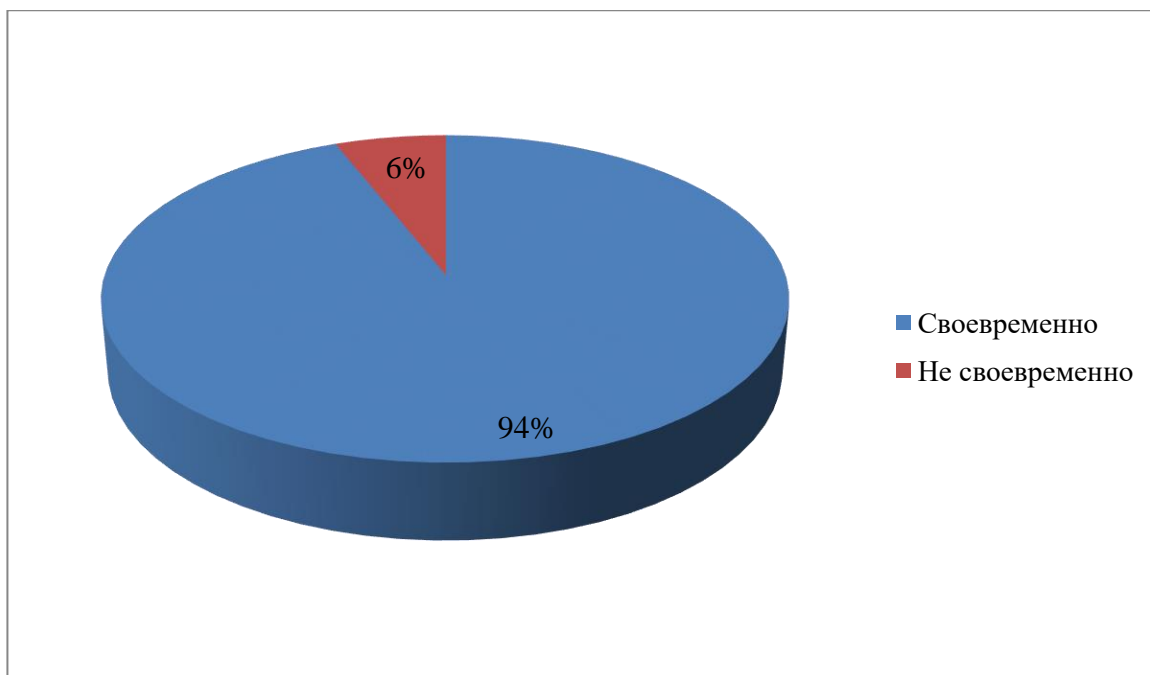


Рис. 8 Оценка пациентов о своевременности обработки ожогов медицинской сестрой, %

80% пациентов считают своевременно проведенной процедуру обезболивания (рис.9).

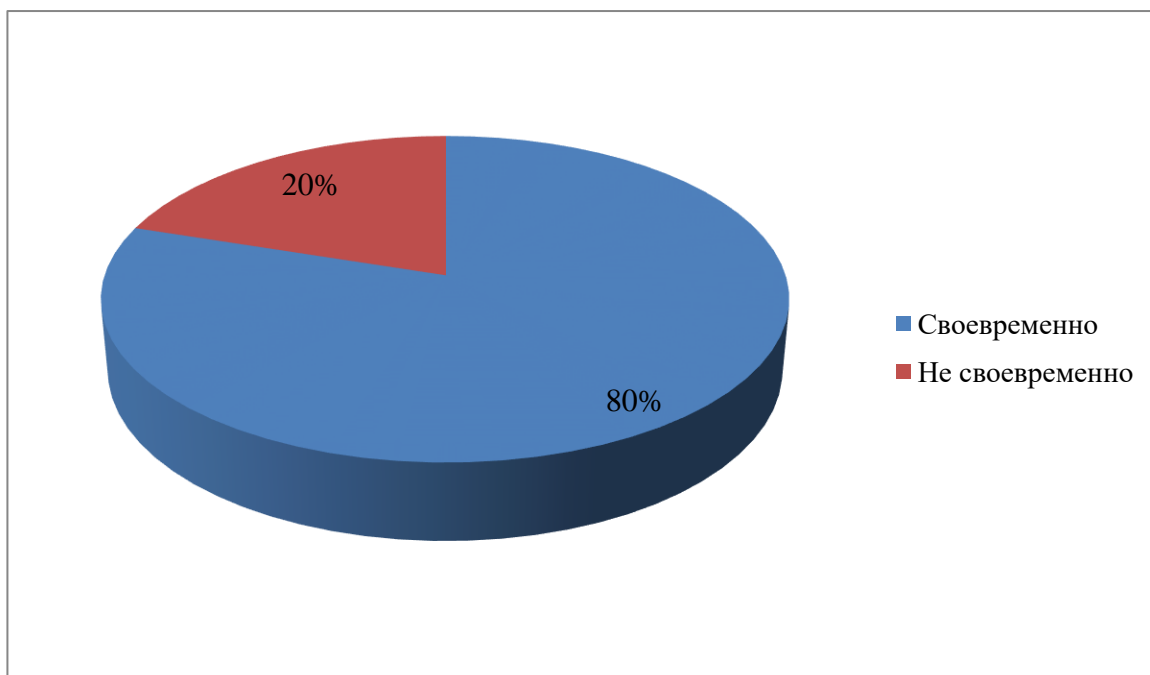


Рис. 9 Оценка пациентов о своевременности проведения обезболивания медицинской сестрой, %

67 % проанкетированных пациентов были обучены приемам само ухода за ожоговой поверхностью (рис.10).

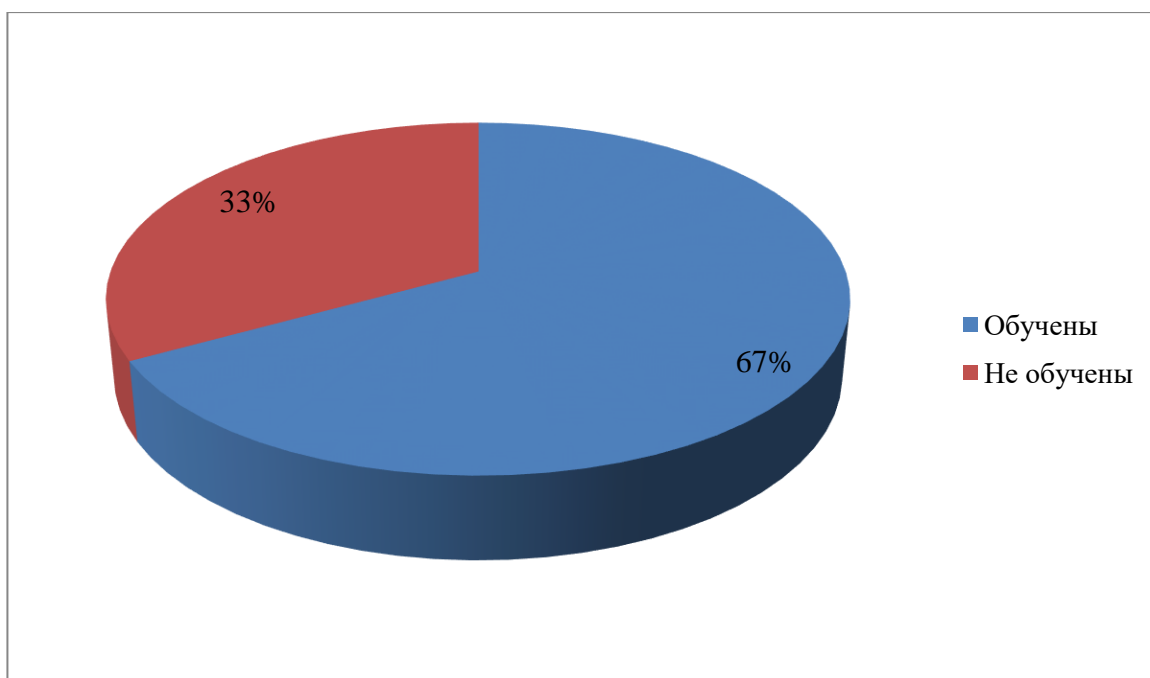


Рис. 10 Оценка пациентов об обучении медицинской сестрой принципам само ухода,%

На заключительном этапе пациентами ожогового отделения областной клинической больницы была выставлена общая оценка деятельности медицинской сестры. Все пациенты дали положительную оценку работе среднего персонала. 64% проанкетированных оценивают деятельность на отлично. На хорошо работу медицинской сестры стационара оценивают 33 % респондентов и 3 % на удовлетворительно (рис.11).

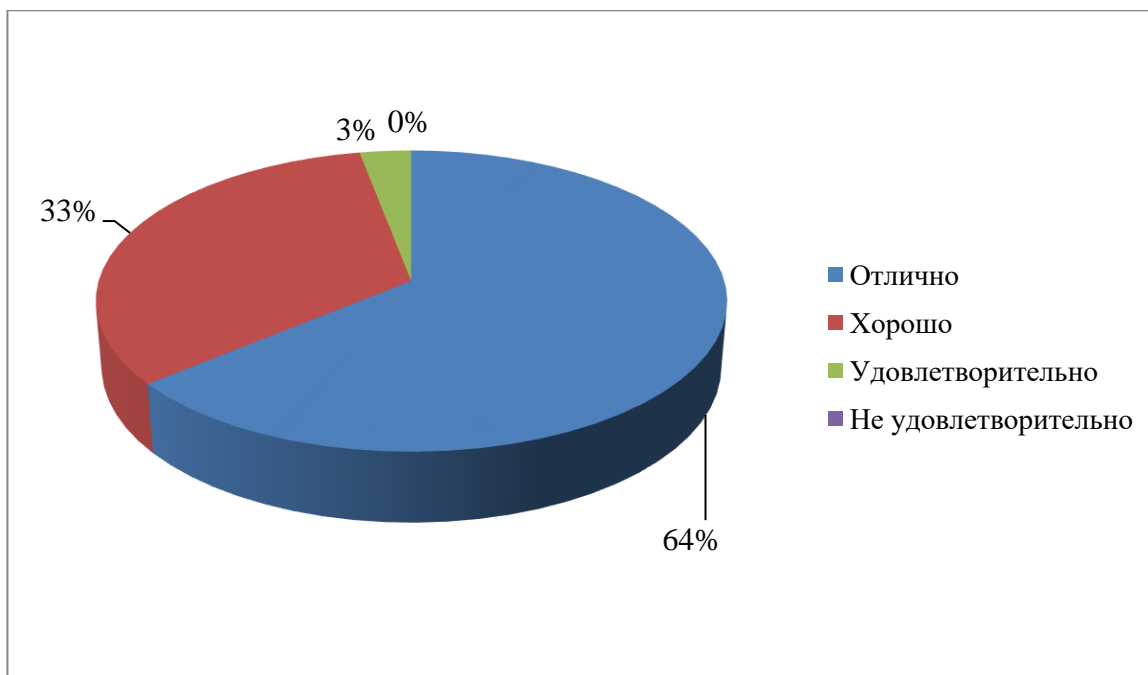


Рис. 11 Оценка деятельности медицинской сестры пациентами, %

2.3. Практические рекомендации для пациентов с термическими ожогами

«После выписки пациента, пострадавшего от ожога, из стационара чрезвычайно важно четко организовать и продолжить проведение реабилитации, осуществляемой с применением различных лечебных и профилактических методов, направленных на максимально возможное физическое и психосоциальное восстановление пациентов. В этой работе должны принимать участие различные специалисты, что требует четкой согласованности, знания специфики современных средств реабилитации, соблюдения принципов непрерывности и преемственности. В связи с многообразием вариантов ожоговых поражений по обширности, глубине и локализации программы реабилитации составляются с учетом индивидуального подхода».

«Диспансерное наблюдение за больными с последствиями термической травмы после их выписки из стационара проводится в ожоговых центрах, специалисты которых разрабатывают схемы профилактики и лечения

послеожоговых рубцов, проводят динамическое наблюдение, определяют показания и сроки проведения реконструктивно-восстановительных операций. Однако основные лечебно-профилактические мероприятия по реабилитации пострадавших от ожогов осуществляются в амбулаторных условиях в поликлиниках по месту жительства пациентов».

«У пациентов после проведенного лечения обширных ожогов могут оставаться небольшие остаточные ранки, которые не нуждаются в выполнении операции и быстро заживут самостоятельно. Поэтому таких пациентов выписывают из больницы для продолжения реабилитации в амбулаторных условиях. После заживления ожоговых ран также часто образуются пузыри, похожие на ожоги, связанные с травмированием и сдвигом новообразованной кожи и расслоением эпидермиса».

«При этом очень важно выполнение рекомендаций, которые пациент получил перед выпиской из стационара. Особенно это относится к соблюдению санитарно-гигиенических мероприятий, т.е. регулярное мытье в ванне или под душем с мылом, удаление корок. Часто пациенты с небольшими ранками этого не делают, и у них могут развиваться различные осложнения, в том числе инфекционные с лизисом ранее заживших ожогов и образованием новых ран. Соблюдение всех рекомендаций и своевременное обращение к специалистам-комбустиологам позволят предотвратить эти осложнения».

«Важно продолжать активизацию, ходить. Однако пока все раны не заживут, использовать вместо компрессионной одежды (чулок и др.) эластичные бинты, которые позволяют более дозированно проводить компрессию. Пузыри можно вскрывать и выпускать отделяемое, а на все остаточные раны после мытья можно наносить суспензию Циндол или цинковую пасту тонким слоем, сверху салфетка и легкое бинтование марлевым бинтом, чтобы потом эластичный бинт не прилипал. Можно на остаточные ранки использовать повязки Активтекс, которые вырезаются по

форме ран и после увлажнения водой помещаются на раны по следующего
МЫТЬЯ».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

«Несмотря на большие успехи в лечении тяжелых ожогов, число больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями и уродствами за последние два десятилетия не уменьшилось. Это объясняется в основном увеличением числа выживших после тяжелых ожогов и сложностью лечения тяжело обожженных, когда основные усилия врачей направлены на спасение жизни пострадавшего и меньше внимания уделяется профилактике возможных послеожоговых рубцовых деформаций».

«У больных с физическими уродствами и обезображиванием в связи с перенесенными ожогами, даже без нарушения функций пораженных частей тела, возникает чувство ущербности, неполноценности, наблюдается патологическое развитие личности с преобладанием тормозных или возбудимых черт, что само грозит потерей трудоспособности и усложняет жизнь в обществе».

«Итак, можно сделать вывод, что умение квалифицированно и своевременно оказать первую помощь позволит уменьшить страдания потерпевшего, предупредит развитие возможных осложнений, облегчит тяжесть течения болезни и спасет жизнь пострадавшему».

«Роль медицинской сестры в лечении больных общеизвестна и общепризнана. Однако нельзя не отметить тот факт, что в лечебных учреждениях, к сожалению, медсестра воспринимается больше как беспрекословный и точный исполнитель назначений врача. Я считаю, что необходимо внедрять сестринский процесс в повседневную работу при лечении ожоговых больных и активно способствовать разработке отдельных его элементов. Это позволит медицинской сестре быть не только исполнителем, но и самостоятельно мыслящим профессионалом, который к выполнению назначений будет подходить творчески, и в состоянии выявить определенные проблемы у конкретного пациента. Самостоятельно составить

план их решения и добиться намеченной цели, не выходя за рамки лечебной тактики врача».

«Сестринский процесс предполагает более тесное сотрудничество медицинской сестры и пациента, что, несомненно, будет способствовать скорейшему его выздоровлению и возвращению к привычной жизни».

«Стандарты медицинских услуг помогают медицинским сестрам планировать свою работу, концентрируя внимание на главном, а использование памяток для пациентов (в ожоговых отделениях практикуются памятки, в которых можно найти более подробные ответы на интересующие вопросы) поднимают взаимоотношения медицинского персонала на новый уровень».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адкина, А. Л., Методика функционального лечения больных с ожогами [Текст] учебное пособие / тр. Москва. Научно – исслед. Института скорой помощи им. Склифосовского 2017 - 167 с.
2. Адмакин, А. Л. Электроожоги и электротравма [Текст] учебник / С.В. Воробьев, В.О. Сидельников. 2014 - 39 с.
3. Арьев, Т. Я. Термические поражения. «Медицина» [Текст] учебное пособие / Иванович Л.А. Искусственное общее УФО. Научно-практический журнал, 2016 -633 с.
4. Арьев, Т.Я. Ожоги и отморожения. «Медицина» [Текст] учебное пособие / Иванович Л.А. Искусственное общее УФО. Научно-практический журнал, 2016 -501 с.
5. Барыкина, Н. В. Сестринское дело в хирургии [Текст] учебное пособие / Барыкина Н. В., В. Г. Зарянская. - Ростов н/Д.: Феникс, 2015 - 217 с.
6. Бурмистрова, В.М., Б.С. Вихряева. Ожоги [Текст] учебник / под руководством для врачей «Медицина», 2018 – 328с.
7. Бутырина, Г.Я., Лечебная физкультура при ожогах [Текст] учебное пособие/ «Медицина» 2014 -188с.
8. Вишневский, А.А. Ожоговый шок [Текст] учебник / 1 – й Всесоюзной конференции по термическим ожогам», М., «Медицина»; 2016 - 163.
9. Волков, Л. А. Основы ухода за больными хирургического профиля [Текст] / Благовещенск, 2016 - 119 с.
10. Глухов, А. А. Основы ухода за хирургическими больными [Текст] учебное пособие / А. А. Глухов, А. А. Андреев, В. И. Болотский, С. Н. Боев. - ГЭОТАР - Медиа, 2018. - 312 с.
11. Грекова, И.И. Вестник хирургии [Текст]. 5-изд. стер. - М.: Ленинград «Медицина»

12. Дубровский, В.И. Лечебный массаж [Текст] учебное пособие/ под ред. проф. С.В. Бойниковой Специальная физиотерапия. Медицина и физкультура София – 2014г. С 538.
13. Евсеев, М. А. Уход за больными в хирургической клинике [Текст] учебное пособие / М. А. Евсеев. - ГЭОТАР - Медиа, 2018. - 234 с.
14. Карпухин, И.Е. Основные направления и перспективы развития медицинской реабилитации [Текст] учебник / Москва., научно – практический журнал 2017 – 301 с.
15. Качалов, П.В., Клинико -эпидемиологические особенности ожоговой травмы [Текст] учебное пособие / под ред, Гельфонд В.Б., Асташева Н.Г., Москва, 2014 - 182с
16. Клячкин, Я. М., Виноградова М.Н. Физиотерапия [Текст] учебник/ -2е изд., Медицина. 2015 – 240с.
17. Ковалев, А.И. Хирургия. [Текст] учебник/ А.И. Ковалев. - ГЭОТАР - Медиа, 2014 - 105 с.
18. Куценко, В. А., Лечение ваннами [Текст] учебник / под ред. Бенгус Л.М., Иванов Г.В., 2016 – 721 с.
19. Лаврентьева, А.А., «Диагностика и терапия инфекционных осложнений у пострадавших с термической травмой» [Текст] учебник / под ред. И. В. Шлык, В.А Панафидина 2014 - 56-63 с.
20. Львова, Н.В., Применение ультрафиолетового излучения в физиотерапии и косметологии [Текст] учебное пособие / под ред. Комарова Л.А. – Москва., 2017 – 256 с.
21. Петров, С.В. Общая хирургия [Текст] учебник / под ред. С.В.Петров. - ГЭОТАР - Медиа, 2014 - 548 с.
22. Попова, С.Н. Физическая реабилитация издание [Текст] учебник / 2 – е изд. Ростов Н / Д: издательство «Феникс», 2014 г. – 608с
23. Руководство по медицинской реабилитации [Текст] под редакцией В.М. Боголюбова в 3 – х томах / М., 2014 - 599с

24. Сытник, А. А., Сравнительная характеристика методов лечения ожогов №4 [Текст] учебник под ред. Белецкий А. В., 2017 - 762с.
25. Ушаков, А.А. Обезболивание методом физиотерапии [Текст] военно – медицинский журнал / – Москва, 2015 - 80с.
26. Юрина, Т. М. Ожоги [Текст] научно – практический журнал / под ред. О. А. Роженецкая. Москва., 2018 -56 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Уважаемые респонденты!

Данное анкетирование проводится с целью выяснить роль медицинской сестры в организации ухода за пациентами с ожогами в условиях стационара.

Анкета заполняется анонимно. Внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде.

1. Укажите Ваш пол:

- А) мужской,
- Б) женский.

2. Укажите Ваш возраст.

- А) 18-30 лет;
- Б) 31-45 лет;
- В) 46-60 лет;
- Г) больше 60 лет.

3. Ваше место жительства

- А) Город
- Б) Село.

4. Ваше образование:

- а) неполное среднее;
- б) среднее;
- в) неполное высшее;
- г) высшее.

5. Ваше социальное положение в настоящий момент

- А) Безработный
- Б) Рабочий
- В) Служащий
- Г) Учащийся
- Д) Пенсионер

6. Как долго Вы находитесь на лечении в ожоговом отделении?

- А) - до 10 дней;
- Б) - 10-21 день;
- В) - более 21 дня.

7. Удовлетворены ли вы численностью пациентов в палате?

- А) - да
- Б) – нет

8. Достаточно ли на Ваш взгляд отделение оснащено средствами транспортировки пациентов?

- А) - да
- Б) – нет

9. Достаточно ли на Ваш взгляд отделение оснащено предметами ухода за пациентами?

- А) - да
- Б) – нет

10. Удовлетворены ли Вы качеством оказываемой Вам сестринской помощи?

- А) - да
- Б) - нет

Г) - затрудняюсь ответить

11. Удовлетворены ли Вы внешним видом работающих с Вами медицинских сестер?

А) - да

Б) – нет

12. Знаете ли Вы фамилию, имя, отчество Вашей палатной сестры?

А) - да

Б) - нет

В) - только имя

Г) - имя и отчество

13. Необходимо ли медицинским сестрам носить нагрудные бэйджи с указанием фамилии, имени и отчества?

А) - да

Б) – нет

14. Можете ли Вы получить информацию о состоянии своего здоровья у палатной медицинской сестры?

А) - да

Б) – нет

15. Должна ли медицинская сестра объяснять назначения врача, и какую манипуляцию она собирается делать?

А) - да

Б) – нет

16. Информировала ли Вас медицинская сестра о назначении врача?

А) Да

Б) нет

17. На Ваш взгляд своевременно ли медицинская сестра обрабатывала ожоги?

А) Своевременно

Б) Не своевременно

18. На Ваш взгляд своевременно ли медицинская сестра проводила обезболивание?

А) Своевременно

Б) Не своевременно

19. Обучала ли Вас медицинская сестра самоуходу?

А) Да

Б) нет

20. Как вы оцениваете деятельность медицинской сестры?

А) Отлично

Б) Хорошо

В) Удовлетворительно

Г) Не удовлетворительно

Благодарим Вас за участие в нашем опросе. Ваше мнение и пожелания очень важны для нас